34

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. LANDOUZY.

Professeurs

Anatomie	MM. NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	Auguste BROCA.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	MARFAN.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	DEBOVE. LANDOUZY. GILBERT. CHAUFFARD.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET. QUENU. RECLUS. HARTMANN.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	BAR. COUVELAIRE Ribemont-Dessaignes.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE	GUENIOT	LERI	RICHAUD
BERNARD	GUILLAIN	LŒPER	ROUSSY
BRANCA	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRUMPT	JOUSSET(A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
CAMUS	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	SICARD
CHAMPY	LAIGNEL-LAVASTINE	NOBECOURT	TANON
CHEVASSU	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
DESMAREST	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
GOUGEROT	LeNORMANT	RATHERY	VILLARET
GRÉGOIRE	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
	LEREBOULLET	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

LÉON MAURICE

Né à Grand Pressigny (Indre-et-Loire) le 7 Mars 1888

LES LOCALISATIONS DOULOUREUSES DE LA LITHIASE BILIAIRE

Président : M. GILBERT, *professeur*

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, RUE CASIMIR DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1914

A MES PARENTS, A MES GRANDS PARENTS,

Très faible témoignage
d'affection et de reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Professeur de Clinique Médicale à l'Hôtel-Dieu de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL DESCOMPS

Chef de Clinique Médicale à l'Hôtel-Dieu de Paris

A MES MAITRES

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE PARIS

LES LOCALISATIONS DOULOUREUSES DE LA LITHIASE BILIAIRE

ETIOLOGIE ET CLASSIFICATION DES DOULEURS

Les douleurs qu'éprouvent les lithiasiques biliaires relèvent ou peuvent relever de plusieurs facteurs :

1° des voies biliaires,

a) par irritation de la vésicule et des canaux biliaires par les calculs, avec paroxysmes aux moments de leurs migrations, des contractions spasmodiques des canaux, de la mise en tension de la vésicule par suite de rétention biliaire.

b) par inflammation septique, qui quelquefois précède et presque toujours accompagne la présence des calculs.

2° des organes secondairement atteints :

a) congestions du foie.

b) irritation mécanique de la tête du pancréas, ou pancréatite.

c) réactions du péritoine voisin.

La souffrance de ces organes peut se traduire par :

1° des douleurs propres des organes en cause, spontanées ou provoquées par la pression.

2° des douleurs irradiées sur les trajets nerveux (nerf

phrénique, plexus solaire), également spontanées ou provoquées.

3° des hyperesthésies cutanées, qu'explique la théorie de Head (1).

*
* *

Les douleurs de la lithiase biliaire se manifestent aux points ou zones (2) cystique, épigastrique, de Desjardins ou zone pancréatico-cholédocienne de Chauffard et Rivet, costal, phrénique, scapulaire ou scapulo-apexien, vertébraux et zone douloureuse du moignon de l'épaule droite.

(1) Head, *On the disturbance of sensation with espacial reference to the pain of visceral deseases* (Brain, 1893).

(2) C'est surtout à la douleur provoquée que s'applique le terme de point douloureux, et encore est-il entendu que ce mot ne saurait être pris ici dans son acception géométrique, trop précise en médecine. En ce qui concerne les douleurs spontanées, plus diffuses en général et moins faciles à bien localiser, il est plus exact de parler de zones douloureuses. Cependant, le terme de point s'emploie souvent encore dans ce dernier cas, une certaine synonymie semblant s'être instituée, au sens qui nous occupe, entre les deux termes.

Clichés dus à l'obligeance
de la *Gazette des hôpitaux*.

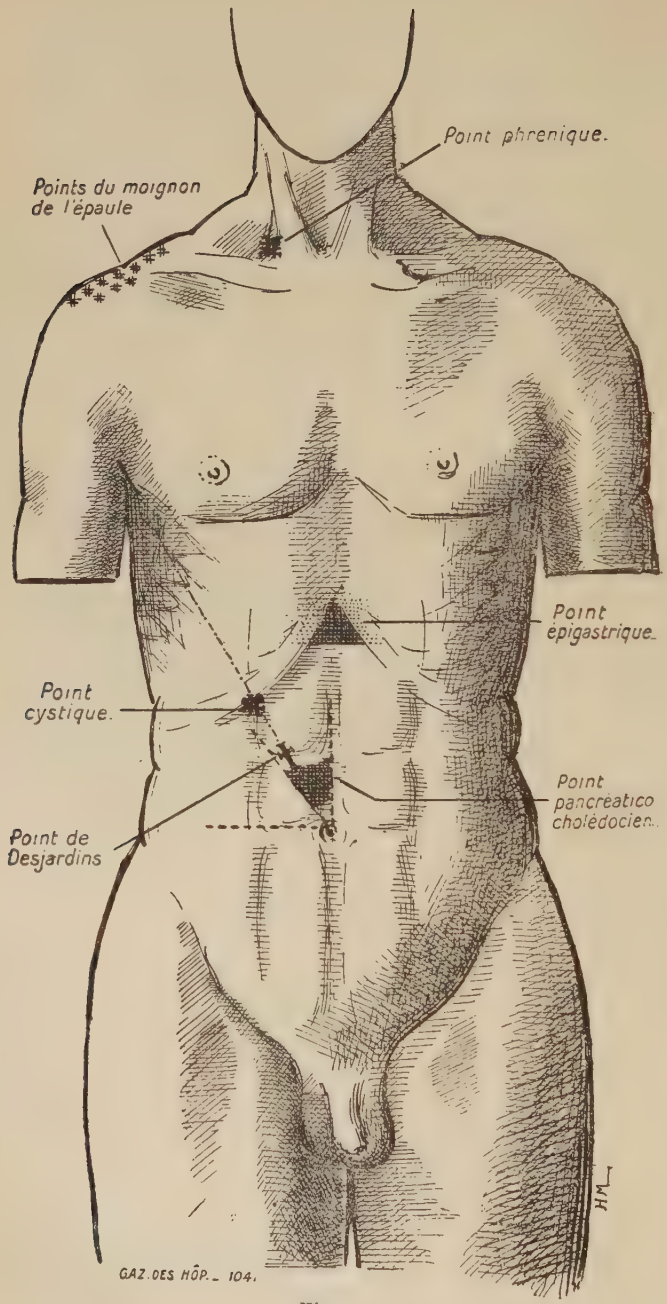

Fig. 1

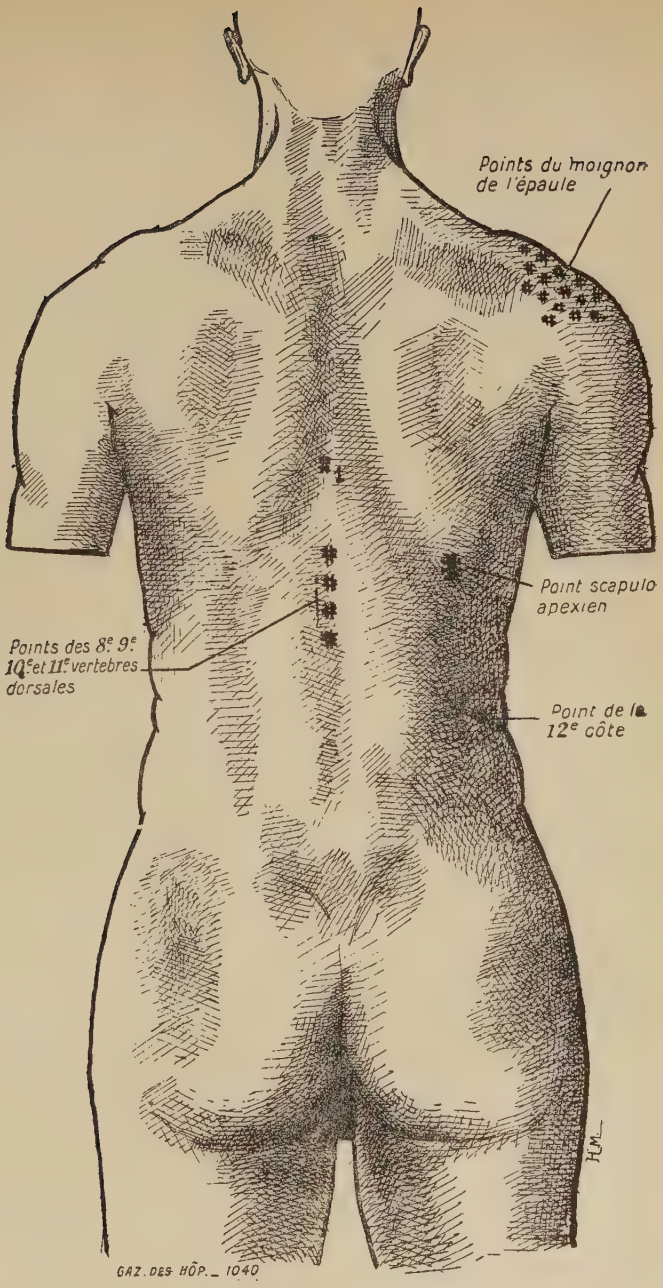
Points du moignon de l'épaule
Point scapulo apexien
Points des 8e 9e 10e et 11e vertebres dorsales
Point de la 12e côte
GAZ. DES HÔP. — 1040

Fig. 2

(1) Point douloureux de la 4me vertèbre dorsale (Vidal).

POINT CYSTIQUE OU VÉSICULAIRE

C'est le plus constant et presque toujours le plus intense. Il répond à la vésicule biliaire, et partant siège en un point situé à l'intersection du bord externe du muscle droit et de la dixième côte à droite. La douleur, très intense et diffuse de la colique hépatique, présente en général un maximum en ce point, qui constitue en quelque sorte, dans la colique hépatique franche, le centre de la douleur. Cette douleur, une des plus cruelles qu'on puisse subir, apparaît presque toujours quelques heures après un repas. Elle donne lieu à des sensations de déchirure, de torsion, d'écrasement, de broiement, et affecte un caractère paroxystique. Elle s'accompagne d'une impression de gonflement et d'ampliation douloureuse de tout le foie et les malades se courbent en deux, recherchent les positions dans lesquelles leur paroi abdominale se trouve relâchée.

Indépendamment de ces crises, de nombreux malades accusent des douleurs spontanées dans la région vésiculaire, moins intenses que les précédentes, mais mieux localisées au point cystique : sensations de poids, de pincements, de brûlures, de torsion, incidents quelquefois très rapides, « comme un tour

de vrille et c'est tout » (1) et qui se répètent à de plus ou moins longs intervalles. Ils s'accompagnent parfois d'irradiations bien caractéristiques de leur origine, vers l'omoplate, l'épaule, le bras droits.

Enfin, chez les lithiasiques biliaires, le point cystique est fréquemment le siège d'une douleur provoquée, et celle-ci n'est pas la moins intéressante : « même dans les cas frustes, on peut souvent soupçonner la lithiase biliaire, pour peu que l'on songe à en rechercher les stigmates. La palpation permet de provoquer une douleur sourde, profonde, localisée au niveau de la vésicule biliaire, et c'est là un signe de première importance » (Chauffard) (2).

A peu près constante dans les quelques jours qui suivent les crises, très fréquente dans les quelques heures ou quelques jours qui les précèdent, la douleur à la pression est encore très souvent décelable loin de toute crise : Salignat et Foucaud (3), examinant 200 lithiasiques biliaires dans ces conditions, ont trouvé le point cystique douloureux à la pression chez 69 sujets; Raymond (4) a pu le déceler chez 12 de ses malades, sur 24.

La recherche du point douloureux cystique doit se faire avec un seul doigt, enfoncé perpendiculairement au plan de la surface abdominale, par une pression lente et progressive, qu'on cessera dès qu'on provoque la douleur.

(1) J. Cyr, Causes d'erreur dans le diagnostic de l'affection calculeuse du foie (*Archives générales de médecine*, 1890, p. 165).

(2) Chauffard, *Traité de médecine*. Charcot, Bouchard, Brissaud, 2e édition, tome V, article lithiase biliaire, p. 79.

(3) Léon Salignat et Joseph Foucaud, La dyspepsie des lithisiaques biliaires, 1808 (*Gazette des hôpitaux*, n° 59).

(4) Victor Raymond, Sensibilité hépatique. Point épigastrique. Point xiphoïdien, 1906 (*Presse médicale*, n° 76).

POINT ÉPIGASTRIQUE

En dehors de la crise hépatique franche, où la douleur retentit à peu près toujours d'une façon intense à la région épigastrique, chez nombre de calculeux biliaires, une douleur au creux épigastrique est souvent la première manifestation de la maladie. Cette douleur peut apparaître plusieurs mois ou même plusieurs années avant tout autre symptôme net de lithiase. Elle siège dans l'angle épigastrique, et occupe une surface d'environ 5 à 6 centimètres de hauteur sur une dizaine de centimètres de large. Elle apparaît par crises : brusquement, sans cause appréciable, éclate une douleur à type gastralgique, intense, angoissante, d'une durée très variable, de quelques minutes à quelques heures et qui disparaît comme elle est venue, subitement.

Ces crises gastralgiques peuvent faire partie de syndrômes plus complexes et mieux définis :

Diarrhée prandiale des biliaires, qu'a décrite Linossier (1). Dans cette forme, la douleur apparaît pendant ou immédiatement après le repas, surtout au second déjeuner, et s'accompagne de tranchées intestinales, d'un besoin impérieux de dé-

(1) G. Linossier, La diarrhée prandiale des biliaires, *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, 1907.

fécation, suivie d'une débâcle de bile pure avec brûlure au niveau de l'anus.

Forme gastralgique de la lithiase biliaire, véritable colique hépatique fruste, dans laquelle la douleur, survenant deux ou trois heures après le repas, s'accompagne de vomissements d'abord alimentaires, puis muqueux et teintés de bile et souvent de crises d'aérophagie, le malade faisant effort pour rendre des gaz par lesquels il se croit ballonné. La forme gastralgique de la lithiase biliaire est très fréquente et Sénac a pu la mettre en évidence dans 65 cas sur cent malades examinés.

Le creux épigastrique est sensible à la pression chaque fois qu'existe une douleur spontanée, mais la douleur provoquée se manifeste longtemps après la disparition de celle-ci et très souvent elle la précède. Elle est donc plus constante. Elle est aussi plus permanente, on peut la faire apparaître à n'importe quel moment de la journée, et cela souvent d'une crise à l'autre, pendant des semaines et même des mois. Salignat et Foucaud (1) ont pu déceler la sensibilité épigastrique à la pression chez 63 lithiasiques biliaires sur 200, examinés en dehors de leurs crises. Raymond (2), dans une autre statistique, les conditions étant les mêmes, l'a constatée chez 16 sujets sur 24.

La douleur provoquée au point épigastrique peut se manifester de deux façons. Elle peut donner lieu à une bande horizontale d'hyperesthésie cutanée, s'étendant quelque peu à droite et à gauche au delà des cartilages costaux, témoignant ainsi que dans les plans sous-jacents se trouve un organe profondément irrité. Ou bien, la pression digitale fait appa-

(1) Salignat et Foucaud, *Loc. cit* (*Gazette des hôpitaux*, 1908, n° 59).

(2) Victor Raymond, *Loc. cit.* (*Presse médicale*, 1906, n°76).

raître au point comprimé une douleur plus profonde et mieux limitée, au niveau de la ligne médiane ou légèrement à sa droite, mais à une hauteur variable, depuis deux à trois travers de doigt au-dessous de la pointe de l'appendice xyphoïde jusqu'au niveau de sa base. Cette douleur peut relever de deux organes : foie et plexus solaire. Siégeant haut : dans l'angle xypho-costal droit, où l'a souvent constatée Soupault (1), ou à la pointe de l'appendice xyphoïde (point xyphoïdien de Raymond) (2), elle semble se rapporter au foie. Siégeant plus bas, à deux ou trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde, elle répond à la projection sur la paroi du plexus solaire. Une douleur bien localisée en ce point doit être rapportée, d'après J.-Ch. Roux (3), à ce dernier organe. Il semble que la douleur traduisant l'irritation du plexus cœliaque soit plus profonde et mieux localisée que celle du foie, plus vive, angoissante, ayant tendance à s'accompagner d'oppression et de gêne respiratoire. Pour Sellier et Dubourdieu (4), une douleur semblant superficielle et qui se déplace au cours de la guérison, doit se rapporter au foie ; une sensibilité épigastrique profonde, localisée en un point fixe, qui ne change pas de place au cours de la guérison, doit être rapportée au plexus cœliaque. Ce sont là des indices qui ne permettent pas toujours de trancher la question, qui a pourtant, dans certains cas, son importance. Une douleur dont on connaît l'origine

(1) Soupault, *Traité des maladies d'estomac*, J.-B. Baillière, 1906, p. 39.

(2) Victor Raymond, *Loc. cit.* (*Presse médicale*, 1906, n° 76).

(3) J.-Ch. Roux, Recherches sur les viciations de la sensibilité gastrique (*Revue de médecine*, 11 novembre 1899, p. 879-882).

(4) Sellier et Dubourdieu, Recherches sur la sensibilité des dyspeptiques (*Province médicale*, 29 septembre 1906, p. 457).

hépatique peut constituer, en effet, un indice plus utile, dans l'affection qui nous occupe, que l'hyperesthésie du plexus solaire, dont il n'est pas toujours facile de déterminer l'origine : nombreuses sont les causes qui peuvent déterminer une sensibilité anormale de ce relais nerveux, centre où se localise volontiers la douleur dans un grand nombre d'affections abdominales. Quoi qu'il en soit, une douleur provoquée au point épigastrique, même semblant provenir du plexus solaire, peut avoir, venant corroborer d'autres constatations et notamment d'autres points douloureux propres à la lithiase, une grosse valeur diagnostique.

POINT DE DESJARDINS

ET

ZONE PANCRÉATICO-CHOLÉDOCIENNE

Le point pancréatique ou de Desjardins est de découverte récente. C'est Desjardins (1), en effet, qui l'a décrit et précisé le premier, en 1905. Il le rapporte à la pancréatite chronique. Quelques mois plus tard, M. le Professeur Chauffard (2) modifia légèrement la topographie de ce point, lui substituant la zone qu'il a appelée pancréatico-cholédocienne. Il en a fait un symptôme de cholélithiase.

« Le siège de la douleur, dit Desjardins (dans les pancréatites chroniques), répond au point d'abouchement du canal de Wirsung dans le duodénum, point qui lui est commun avec le cholédoque. Ce point est assez simple à déterminer sur la paroi abdominale. En effet, si l'on trace une ligne qui réunit l'ombilic au sommet de l'aisselle, le bras étant pendant le long du corps, on voit que la projection de ce point se trouve sur cette ligne à une distance qui varie entre 5, 6 et 7 centi-

(1) Desjardins, Etude sur les pancréatites (*Thèse de Paris*, 1905, p. 84).

(2) Chauffard et Rivet, La lithiase du cholédoque (*Semaine médicale*, 10 janvier 1906, p. 13).

mètres au-dessus de l'ombilic. C'est ce qu'on pourrait appeler le point pancréatique. »

MM. Chauffard et Rivet ayant contrôlé sur dix cadavres l'exactitude du point de Desjardins, sont arrivés aux résultats suivants : « une aiguille enfoncée sur la ligne axillo-ombilicale, à 7 centimètres et même à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic, tombe trop haut et trop en dehors et reste extra-pancréatique ; enfoncée à 5 centimètres, deux fois sur dix, elle a pénétré en pleine tête de pancréas, 4 fois elle a passé à la limite de la tête et de la glande, là où celle-ci s'implante sur le pancréas, 4 fois elle a traversé la boucle duodénale dans sa partie supérieure, moyenne ou inférieure.

« Le point de Desjardins, même abaissé à 5 centimètres, ne peut donc être considéré comme rigoureux, et correspond à une délimitation trop stricte. Si l'on veut donner un point de repère clinique, tout en se conformant, dans la limite du possible, à la réalité anatomique, ce n'est pas un point qu'il faut délimiter sur la paroi, c'est une région. Prenons l'ombilic comme point de repère, et, de ce point, menons une verticale et une horizontale formant un angle droit à sommet ombilical, puis traçons la bissectrice de cet angle. La zone pancréatico-cholédocienne est comprise entre la ligne verticale et la bissectrice de l'angle, sans dépasser par en haut une hauteur de 5 centimètres sur la bissectrice ; sans atteindre en bas tout à fait jusqu'à l'ombilic. »

Donc, pour M. le professeur Chauffart comme pour Desjardins, le siège de la douleur à la pression réside bien au point d'abouchement du cholédoque et du canal de Wirsung dans le duodénum, mais leur appréciation diffère légèrement en ce qui concerne la projection de ce point sur la paroi. La locali-

sation donnée par Desjardins, si on la prend à la lettre, est évidemment un peu théorique. Nous savons que la projection d'un viscère sur la paroi ne peut être mathématiquement la même chez tous les sujets. Même la zone indiquée par Chauffard, si on la considère dans ses limites exactes, ne peut correspondre qu'à la majorité des cas et non à tous. « Cette délimitation n'est exacte, dit-il, que si le malade n'a pas son ombilic abaissé par suite du prolapsus adipeux de la paroi. » Et c'est là, d'autre part, une cause de déformation si fréquente qu'elle peut, à elle seule, suffire à nous expliquer la légère différence de hauteur qui existe entre la localisation de Desjardins et celle de Chauffard. On peut donc dire qu'il n'y a là que deux modalités d'une seule et même localisation, et nous retiendrons la zone pancréatico-cholédocienne comme répondant à la majorité des cas.

A quoi faut-il rapporter une douleur à la pression ainsi localisée? Pour Desjardins, c'est un signe de pancréatite chronique. Actuellement, on en fait avant tout un signe de lithiase. Nous savons d'ailleurs quelle est la fréquence des altérations pancréatiques dans l'affection calculeuse du foie, soit par irritation ou compression, soit, plus souvent, par un léger degré d'infection ascendante, et le chirurgien constate fréquemment à l'intervention l'induration de la tête du pancréas. « Il est des cas où il est absolument impossible de différencier les deux affections par la raison qu'elles coexistent, dit lui-même Desjardins. Nous avons vu, en effet, la fréquence des calculs biliaires dans les pancréatites. Dans la grande majorité des cas, l'inflammation a pour point de départ les voies biliaires. » Et ainsi, lui-même reporte implicitement sur la lithiase le signe qu'il étudie dans les pancréatites.

Donc, constatant cette douleur, c'est en premier lieu à la lithiase que le clinicien doit penser. Quelle en est la genèse? Etant donnée la grande fréquence de cette localisation douloureuse, M. Chauffard pense que dans la majorité des cas elle ne traduit pas la souffrance de la région comprimée par le doigt, mais que c'est une simple irradiation douloureuse sur le trajet des voies biliaires lithiasiques, comparable aux points uretéraux ou rectaux de la lithiase rénale. Ce ne serait que lorsqu'elle présente un caractère de fixité et de permanence qu'elle peut indiquer une lésion locale : pancréatite ou lithiase cholédocienne.

POINT COSTAL

Ce point douloureux semble assez peu connu dans l'affection qui nous occupe et les auteurs qui le citent : Binet (1), Chauffard (2), Mauban (3) ne sont pas absolument d'accord sur sa localisation exacte. « Ce point, dit Mauban, siègerait vers l'extrémité libre de la 12e côte. » C'est à l'extrémité libre de la 11e que le localisent MM. Chauffard et Binet.

La pression digitale sur l'extrémité libre de la côte incriminée, 11e pour les uns, 12e pour les autres, détermine souvent chez les lithiasiques une vive douleur.

(1) Binet, *Maladies de l'estomac*, 1906.

(2) A. Chauffard, Clinique médicale de Saint-Antoine, *Leçons sur la lithiase biliaire*, 1914.

(3) H. Mauban, Les localisations douloureuses de la lithiase biliaire (*Gazette des hôpitaux*, 1er avril 1913).

POINT PHRÉNIQUE

Le nerf phrénique est très fréquemment le siège d'une sensibilité anormale chez les lithiasiques biliaires. Cette sensibilité est sans doute provoquée par l'irritation de ceux de ses rameaux terminaux qui, avant de se perdre dans le tissu musculaire du diaphragme, cheminent sous le péritoine au niveau du bord libre du foie, au voisinage de la vésicule biliaire enflammée. L'irritation de ces rameaux se propage le long du tronc nerveux principal, et il est possible de la mettre en évidence aux points où le nerf est superficiel. Les anastomoses du plexus cervical, d'où émane le nerf phrénique, avec les nerfs du moignon de l'épaule nous expliquent, d'autre part, les irradiations de la douleur jusque dans cette région, douleur dite en bretelle, très caractéristique des affections biliaires ou périhépatiques.

La sensibilité du phrénique peut se manifester par un certain nombre de points douloureux, au niveau de la base du thorax et, d'autre part, entre les deux chefs du sterno-cleido-mastoïdien droit. Ce dernier point est le plus facile à rechercher, le plus typique par son éloignement du siège du mal, et d'autant plus facile à mettre en évidence que la même palpation

au niveau du phrénique gauche reste toujours indolore. M. Chauffard (1) a insisté sur la grande valeur de ce point douloureux, bien connu sous le nom de point phrénique. Sa recherche se fait en appuyant avec un doigt, assez profondément, au-dessus de la clavicule droite, entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien, de façon à atteindre le nerf au moment où il passe sur la face antérieure du scalène antérieur. A ce niveau, où le nerf phrénique s'anastomose, d'une part avec le nerf du sous-clavier, d'autre part avec l'anse de l'hypoglosse et avec le grand sympathique, il est relativement superficiel et le doigt qui palpe peut l'atteindre assez facilement.

Chez le lithiasique biliaire au moment des crises, aussi bien dans les quelques jours qui précèdent que dans les quelques jours qui suivent, il est rare que la pression du nerf à ce niveau ne détermine pas une douleur vive. Pour Mauban (2), ce signe ne manquerait pour ainsi dire jamais lorsque la vésicule biliaire est irritée. Il est un des premiers que l'on puisse mettre en évidence lorsque la lithiase commence à se révéler. Aussi, sa recherche peut-elle être d'un grand secours pour le diagnostic de cette affection.

(1) A. Chauffard, *Loc. cit.*, Clinique médicale de Saint-Antoine, *Leçons sur la lithiase biliaire*, 1914.

( ) H. Mauban, *Loc. cit.* (*Gazette des hôpitaux*, 1er avril 1913).

POINT SCAPULAIRE OU SCAPULO-APEXIEN

Ce point douloureux que Budd, semble-t-il, se soit le premier occupé de bien préciser, siège à la pointe de l'omoplate droite ou très légèrement au-dessous de celle-ci. Il se présente généralement avec une grande netteté, et Charcot (1), en 1877, dans son *Traité des maladie du foie et des reins*, le considérait même « comme beaucoup plus net et moins théorique que le point vésiculaire ».

Les paroxysmes douloureux de la lithiase s'accompagnent, d'une façon à peu près constante, d'une douleur spontanée au point scapulaire. Etant donnée sa situation, sensiblement symétrique par rapport au point vésiculaire, les malades comparent souvent la sensation qu'ils éprouvent à une sensation de transfixion, d'embrochement, assez semblable à celle de l'ulcère gastrique, avec cette différence que la douleur serait ici fortement déportée sur la droite. Lorsqu'une crise douloureuse ne s'accompagne pas d'une douleur spontanée au point scapulo-apexien, ce point est presque toujours douloureux à la pression, et cette douleur provoquée, qui d'ailleurs peut précéder l'apparition des crises, persiste souvent pendant les quelques jours qui suivent.

(1) J.-M. Charcot, *Leçon sur les maladies du foie et des reins*, 1877. Chap. Coliques hépatiques, p. 151.

POINTS VERTÉBRAUX

Vidal (1), en 1879, étudiant les points douloureux de la région vertébrale en rapports de correspondance avec les lésions de certains viscères de l'abdomen, a pu constater que « dans l'hépatite, dans certains cas de colique hépatique, toutes les fois qu'il y a irradiation de la douleur du foie vers la colonne vertébrale, c'est sur l'apophyse épineuse de la quatrième vertèbre dorsale et sur les points d'émergence des nerfs intercostaux qu'il faut chercher le point douloureux de correspondance. Il est presque constant dans les lésions du foie ». Ce point douloureux de la quatrième vertèbre dorsale, ainsi mentionné par Vidal, semble très peu connu. Il n'en est pas de même des localisations de Mackensie (2), qui a signalé les 8e, 9e, 10e et 11e vertèbres dorsales comme étant celles qui sont régulièrement le plus douloureuses lorsqu'il s'agit d'une affection hépatique.

(1) Vidal, Points douloureux de la région vertébrale en rapports de correspondance avec les lésions de certains viscères de l'abdomen (*Comptes rendus de la Société de biologie de Paris*, séance du 28 juin 1879, p. 222).

(2) J. Mackensie, *Symptoms and their interpretation*, Londres, 1909.

La douleur à la pression n'est pas uniquement localisée aux apophyses épineuses, elle est décelable à droite et à gauche sur les tissus péri-vertébraux, sous forme d'une bande plus ou moins étendue d'hypéresthésie, comparable à celle que l'on peut trouver en avant, à la région épigastrique ; mais c'est sur la ligne médiane, au niveau des apophyses épineuses, qu'on peut le mieux la mettre en évidence et la pression en ces points est nettement douloureuse.

Les points douloureux vertébraux sont fréquents mais ils sont loin d'être constants.

ZONE DOULOUREUSE DE L'ÉPAULE DROITE

La douleur de l'épaule droite, si fréquente au moment des paroxysmes de la lithiase biliaire, ne saurait être localisée d'une façon très précise : elle présente généralement une surface assez étendue et variable, pouvant gagner la région de la clavicule et le cou et surtout s'étendre à une plus ou moins grande partie du bras. Mais, quoi qu'il en soit, la douleur atteint toujours la région deltoïdienne qui recouvre en haut et en arrière l'articulation scapulo-humérale droite et y présente son maximum. Cette douleur est très fréquente dans toutes les affections du foie, notamment celles qui retentissent sur la périphérie de l'organe et surtout dans la lithiase biliaire. Elle est transmise, selon toute vraisemblance, par l'intermédiaire du phrénique et l'on s'explique bien sa propagation jusqu'au moignon de l'épaule par suite des anastomoses nombreuses du plexus cervical avec les nerfs de cette région. Les irradiations douloureuses de l'épaule droite présentent une valeur considérable pour le diagnostic des états douloureux d'origine hépatique et en particulier des crises douloureuses de la cholélithiase.

DOULEURS A SIÈGE ANORMAL

Dans certains cas, d'ailleurs pas très fréquents, se produisent des irradiations douloureuses en des régions où il n'est pas habituel de les constater et dont il est bon d'être prévenu. C'est ainsi que J. Cyr (1) a pu observer dans quelques cas que la douleur siégeait principalement ou uniquement en arrière, dans la région lombaire droite, au point de simuler une colique néphrétique. Plus connues et moins exceptionnelles sont les irradiations au sein et à la région mammaire et vers le côté droit du cou, la nuque et la tête. Enfin, on a pu observer quelquefois, ce qui n'est pas pour faciliter le diagnostic, des coliques à maximum douloureux à gauche. Voici l'explication qu'en donne M. Pierre Lereboullet (2) : « Il est un point qui a longtemps intrigué les observateurs par son siège à gauche; dans ces faits de colique hépatique à maximum douloureux à gauche, il semble que, si quelquefois la douleur

(1) J. Cyr, Causes d'erreur dans le diagnostic de l'affection calculeuse du foie (*Archives générales de médecine*, 1890, p. 165).

(2) Lereboullet, dans Garnier, Lereboullet, Herscher... *Les maladies du foie et leur traitement*, in-8, 1910.

est due à la turgescence biliaire de la vésicule, il s'agit dans la majorité des cas de splénalgie liée à une congestion de la rate sous l'influence de la turgescence biliaire du foie. L'exploration de la rate peut la montrer non seulement douloureuse mais hypertrophiée. »

EXACTITUDE DES LOCALISATIONS DOULOUREUSES

Les localisations douloureuses que nous venons d'étudier ont été repérées d'une façon très précise par les auteurs qui les ont décrites. Ces repères sont-ils tous très exacts ? Il faudrait pour cela que les rapports des viscères à la paroi soient invariables. Or, cela n'est pas, et bien au contraire, le polymorphisme des organes abdominaux et de leurs rapports pariétaux est un fait qui a toujours frappé les chirurgiens intervenant sur l'abdomen et tous ceux qui ont poursuivi des recherches en séries d'anatomie topographique abdominale. De nombreux travaux et entre autres les études de morphologie de Chaillou et Mac-Auliffe ont bien établi quelle est la variabilité de position des points de repère qui servent à définir la situation anatomique des points douloureux. Ces points de repère ne peuvent être établis que d'après une moyenne et partant, s'ils peuvent être exacts dans la majorité des cas, ils ne sauraient répondre à tous. Nous savons, en effet, quelles différences existent entre les individus, au point de vue topographique, selon leur âge, leur sexe, leur constitution. Les variations dans la forme du thorax sont nombreuses, et multiples les causes de déformation : scolioses, ciphoses, lordoses, déformations dues aux pleurésies, à l'emphysème, ou simple-

ment, chez les femmes, au port d'un corset trop serré. Un corset trop serré peut avoir, d'autre part, un gros retentissement sur le foie. « Si la constriction porte assez haut, elle détermine un abaissement du foie dans sa totalité ; si elle s'exerce sur la face antérieure de l'organe, elle l'aplatit et en quelque sorte l'allonge, si bien que le bord inférieur descend dans l'abdomen, déborde les fausses côtes et devient accessible à la palpation » (M. Garnier) (1). L'ombilic est un point de repère très mobile. Sa position est sous la dépendance de la tonicité des muscles de la paroi ; chez un même sujet et surtout chez ceux dont le ventre est flasque et s'étale, sa place n'est pas la même dans les diverses positions. Il est abaissé chez les obèses, quelquefois dans des proportions considérables.

Les viscères, d'autre part, sont loin de présenter une fixité absolue dans leur forme, leurs dimensions, dans leurs rapports entre eux et avec la paroi. « La radiologie, qui a transformé peu à peu l'anatomie abdominale, en nous montrant à côté de l'anatomie d'amphithéâtre l'anatomie vivante, a permis de constater, d'une manière indiscutable, que la forme du diaphragme, la conformation des parois du thorax, de l'abdomen, du bassin, etc..., rendent très variable la position des viscères et celle des repères pariétaux ; elle nous a appris, par exemple, que les viscères, chez un ptosique, n'occupent pas la même situation relative que chez un sujet bien constitué, et que leur emplacement par rapport à tel point fixe de la paroi est variable, chez un même sujet, dans ses diverses attitudes et aux divers moments physiologiques » (2).

(1) M. Garnier, Sémiologie du foie, dans Garnier, Lereboullet, Herscher... *Loc. cit.*

(2) Les points douloureux abdominaux, par les docteurs Pierre Des-

Nous voyons donc que, pour ce qui est des points de repère à siège abdominal tout au moins, car les autres ont certainement beaucoup plus de fixité, les causes sont nombreuses, qui peuvent les rendre inexacts. Nous pouvons leur appliquer le mot de Mac-Burney sur le point douloureux appendiculaire qui porte son nom : « Ils sont une affectation d'exactitude ». Le point de Mac-Burney rend cependant des services. Il en est de même des points cystique, épigastrique, pancréatico-cholédocien ; et il faut bien dire que ce défaut de concordance possible entre la douleur et son point de repère n'est généralement pas tel, en dehors de déformations assez importantes pour ne pas être méconnues, qu'il puisse être une fréquente cause d'erreurs.

comps, Paul Descomps, Pierre Brousse (*Paris Médical*, 1913, n^{os} 26 et 28).

LES LOCALISATIONS DOULOUREUSES DE LA CHOLÉLITHIASE DANS LEURS RAPPORTS AVEC D'AUTRES AFFECTIONS

La lithiase biliaire n'est pas la seule maladie susceptible de déterminer des douleurs au niveau des localisations précédemment décrites et que nous n'avons jusqu'à maintenant étudiées que dans leurs rapports avec cette affection. Une douleur en ces points peut relever de causes nombreuses et cela est vrai, surtout, pour les points cystique et épigastrique :

Sous le nom de point sous-costal, les urologistes décrivent un point douloureux rénal qui, lorsqu'il siège à droite, doit être assez difficile à distinguer du point cystique. « Il est situé en avant, dit Pasteau (1), juste au-dessous du rebord costal, à peu près en regard de l'extrémité antérieure de la dixième côte. Très net à gauche, il peut à droite se confondre avec le point douloureux qui correspond à la vésicule biliaire enflammée, quoiqu'il se trouve généralement un peu plus en dehors. »

(1) O. Pasteau, Les points douloureux rénaux (*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1908, n° 14, p. 1054).

Millon (1), reprenant les idées de MM. Mathieu et J.-Ch. Roux, décrit dans la dilatation atonique de l'estomac, une douleur presque toujours localisée en un point sous-costal, qu'il place le long du rebord costal droit, entre les 9e et 10e cartilages, « presque sous les côtes ».

Pour Pascault (2), « une douleur à la pression, à droite, superficielle, sous le rebord costal et le long du relief formé par le grand droit de l'abdomen, a pour point de départ le lobe hépatique moyen ou cholécystique. Cette sensibilité du foie signifie seulement qu'il subit une poussée de congestion active..... Dans cette même région se trouvent, en dehors du point cystique, le coude droit du côlon et plus bas le rein droit ; en dedans de ce point, sous le muscle droit, le pylore et la portion descendante du duodénum. Mais les douleurs auxquelles ces divers organes peuvent donner naissance sont mieux circonscrites et plus profondes ».

Mlle Weil (3), qui, il est vrai, attribue à la zone cystique une assez grande surface, puisque ce serait, d'après elle, un cercle ayant pour centre le point d'intersection de la ligne parasternale droite, c'est-à-dire passant par le bord droit du sternum, et de la ligne horizontale passant par l'extrémité antérieure de la neuvième côte, pour rayon la distance de ce point au rebord costal, s'exprime ainsi : « Le point cystique

(1) Millon, Résultats de l'examen de la sensibilité gastrique et épigastrique dans les dyspepsies (*Thèse de Paris*, 1902, p. 31).

(2) Pascault, L'arthritisme par suralimentation (*Revue des maladies de la nutrition*, mai 1906, p. 215).

(3) Mlle Weil, Des points douloureux abdominaux et des erreurs de diagnostic qu'ils entraînent (*Thèse de Paris*, 1911, p. 28 et 29).

occupe le centre d'une région pathologique spéciale qui forme une entité d'anatomie nosologique équivalente de la région typhlo-appendiculaire et annexielle. On y trouve, en effet, la vésicule biliaire, le pylore, l'angle droit du côlon, et, dans la profondeur, le rein droit et la tête du pancréas ; de plus, on y rencontre le péritoine et le plexus nerveux cystique, siège de la cystalgie. La sensibilité provoquée à ce point peut donc provenir d'une cholécystite, d'une colique vésiculaire, d'une colite muco-membraneuse localisée à l'angle droit du côlon, de spasme du pylore, de périhépatite juxta-vésiculaire, de périgastrite juxta-pylorique, de pancréatite, de coliques néphrétiques, de névralgies des plexus ».

Les affections susceptibles de déterminer une algie épigastrique sont, elles aussi, fréquentes. La douleur épigastrique de l'affection calculeuse, avons-nous dit, peut être due au foie ou au plexus solaire. D'origine hépatique, cette douleur est un symptôme très répandu au cours des diverses affections du foie, et même, si l'on en croit Raymond (1), très fréquent chez les dyspeptiques gastriques et surtout intestinaux, chez nombre de diathésiques, chez les paludéens.

Cruveilhier (2) dès 1856, Brinton (3) en 1870, ont signalé un point douloureux à la pression de l'épigastre chez les malades atteints d'ulcère de l'estomac. « Le point ou la douleur se montre tout d'abord, dit Brinton, et avec la plus grande intensité, et où elle reste surtout exclusivement limitée, cor-

(1) V. Raymond, Sensibilité hépatique. Point épigastrique. Point xyphoïdien. *Loc. cit.*

(2) Cruveilhier, *Archives générales de médecine*, 1856, p. 442.

(3) Brinton, *Maladies de l'estomac*, traduction Riant, 1870, p. 187.

respond au centre de l'épigastre, sur la ligne médiane de l'abdomen. »

Pour J.-Ch. Roux (1), peu d'affections gastriques douloureuses ne présentent pas un maximum de douleur spontanée ou provoquée au nivau du creux épigastrique en un point situé sur la ligne xypho-ombilicale ou un peu à droite. « Cette douleur, dit-il, correspond au plexus solaire et, d'une façon plus précise, au plexus nerveux qui entoure le tronc cœliaque. »

Le cancer du pancréas s'accompagne souvent d'une douleur qui peut être franchement épigastrique.

Enfin, de Brun (2) a décrit chez les emphysémateux un point épigastrique qu'il attribue à la souffrance du ventricule droit dilaté et abaissé. Cette douleur, qui serait, pour de Brun, fréquente chez les emphysémateux, « a son siège de prédilection au niveau de l'appendice xyphoïde, le plus souvent au-dessous et un peu à gauche, en général limitée à un espace extrêmement restreint, et méritant le nom de point épigastrique ». De Massary (3) explique également par la distension cardiaque la souffrance épigastrique qui accompagne certaines crises d'angine de poitrine.

Nous avons vu qu'une douleur localisée à la zone pancréatico-cholédocienne peut relever, non seulement d'une affection des voies biliaires, mais aussi des lésions de la tête du pancréas ; elle peut aussi reconnaître pour cause une lésion duodénale.

(1) J.-Ch. Roux, Recherches sur les viciations de la sensibilité gastrique, *loc. cit.*

(2) De Brun, Le point épigastrique dans l'emphysème et dans les cardiopathies (*Revue de Médecine*, 10 décembre 1905, p. 1001 à 1007).

(3) De Massary, Angor pectoris et distension cardiaque (*Paris Médical*, 6 juillet 1912, p. 138).

Le point costal peut se rencontrer dans toutes les affections congestives du foie, et, de plus, Martineau (1) a décrit un point costal en rapport avec la souffrance des organes surrénaux et exactement localisé à l'extrémité libre de la douzième côte.

Les points scapulaire et vertébraux pourraient tout au plus, à eux seuls, sans autres symptômes, témoigner d'un état de souffrance hépathique ou périhépatique.

Constatons enfin que le phrénique est un nerf souvent douloureux, et, sans parler de sa névralgie fréquente, nombreuses sont les causes d'irritation susceptibles de déterminer une sensibilité anormale de ce nerf ; il n'est pas rare de trouver le point phrénique chez les tousseurs.

(1) Martineau, De la maladie d'Addison (*Thèse de Paris*, 1864).

TROUBLES NERVEUX ET CUTANÉS POUVANT CONSTITUER UNE GÊNE DANS LA RECHERCHE DES LOCALISATIONS DOULOUREUSES

1° *Troubles cutanés.*

Le premier acte du doigt qui va à la recherche d'un point douloureux est nécessairement de prendre contact avec la peau, puis, s'il n'existe pas d'hyperesthésie, de la déprimer plus ou moins profondément, dans le but de déceler la douleur viscérale possible. Si le tégument est pathologique, il est le premier à souffrir de cette pression et la douleur ainsi produite pourrait être attribuée à l'organe sous-jacent. Or, il est une altération fréquente du tissu cellulaire sous-cutané susceptible de prêter ainsi souvent à confusion ; c'est la cellulite ou œdème douloureux. D'après Stapfer (1), qui fut un des premiers à signaler cette affection, la cellulite « est un œdème tantôt dur et douloureux, tantôt mou et indolent du tissu conjonctif, qui peut se manifester partout où ce tissu existe... En massant, les Suédois ont constaté que les douleurs avaient leur point de départ dans des noyaux d'œdème dur et pâ-

(1) Stapfer, Cellulite et myocellulite localisée douloureuse (*Annales de gynécologie et obstétrique*, 1892, p. 14).

teux, gros comme des grains de riz, et siègeant dans le tissu conjonctif ».

Divers auteurs anglais : Balfour (1), Jawger (2), Ralph Stockmann (3), Maxwell Telling (4) ont décrit sous le nom de nodular fibromyositis des infiltrations, des indurations dont le processus morbide consiste en une hyperplasie inflammatoire locale du tissu conjonctif. Cette hyperplasie est constituée par « un œdème, un épaississement très variable comme caractère et comme degré ». Le plus souvent, il existe un nodule sous-cutané, dont la grosseur varie d'un grain de chènevis à celle d'une noix. Ces nodules inflammatoires, constitués par un œdème dur, tendant vers la sclérose, semblent avoir pour cause l'intoxication et le traumatisme, au sens le plus général de ces termes, et se montrent surtout chez les ralentis de la nutrition. Ils sont provoqués par une stase circulatoire dans le tissu conjonctif, qui prédispose ce tissu à une organisation fibreuse. Celle-ci, en évoluant, comprime les tissus qu'elle enclave, principalement les extrémités nerveuses, d'où la douleur.

Ces lésions peuvent être perçues dans toute l'étendue sous cutanée, mais c'est surtout dans le tissu cellulaire de la paroi

(1) Balfour, *Observations with cases illustrative of a new simple and expeditions mode of curing rheumatisme and sprain*. Edimburg, 1816.

(2) Jawger, Chronic rheumatic myositis (*The Lancet*, 31 juillet 1909, p. 292).

(3) Ralph Stockmann, The causes pathology and treatment of chronic rheumatism (*Edimburg Medical journ.*, new-series, vol. XV, 1904, p. 107-116 et 223-235).

(4) Maxvell Telling, Nodular fibromyositis, afevery day affection andits identity with, socolled chronic muscular rheumatism (*The Lancet*, 21 janv. 1911, p. 154).

abdominale qu'on les observe. Elles occupent des situations variables en nombre, mais fixes dans leur localisation, qui correspond toujours à celle des nerfs sensitifs aboutissant à la peau. Les lésions de cellulite localisée sont, au dire de Grias (1), qui les a dernièrement étudiées, très fréquentes.

2° *Troubles nerveux.*

Par suite d'états névropathiques, de l'alcoolisme, des ptoses, se produisent souvent des troubles de la sensibilité : hyperesthésies, sensibilité anormale du tégument.

Il est assez fréquent de trouver une hyperesthésie totale de l'abdomen à la pression profonde. « Chez les femmes ptosiques déséquilibrées du ventre, la moindre pression détermine dans n'importe quelle région de l'abdomen une vive douleur, mais qui a son maximum à l'épigastre, à l'hypogastre, latéralement, à l'ombilic ; ou bien, chez ces femmes, l'hyperesthésie n'est aucunement localisée et porte sur tout le système sympathique superficiel et profond (2). »

Troubles nerveux et cutanés sont des facteurs dont il importe de tenir compte dans la recherche et l'interprétation des points douloureux, surtout au niveau de l'abdomen. Ils peuvent être une cause de gêne et d'erreurs.

(1) Adolph Grias, Les points douloureux cutanés et leur traitement manuel, *Thèse de Paris*, 1913.

(2) Pierre Descomps, Paul Descomps, Pierre Brousse, Les points douloureux abdominaux (*Loc. cit.*).

RECHERCHE DES POINTS DOULOUREUX

Nous avons indiqué d'un mot, dans le paragraphe spécial à chacune des localisations douloureuses lithiasiques, comment il convient de les rechercher. Examinons maintenant, dans une étude d'ensemble, quelle doit être la méthode d'examen du malade, par quelles manœuvres on évitera, autant qu'il est possible, les causes d'erreur.

Les conditions de cet examen sont très différentes selon que le malade est ou n'est pas en crise.

1° Nous arrivons au chevet d'un malade en pleine crise, en proie à la souffrance atroce d'une colique hépatique franche. C'est là un cas qui se prête mal à un examen clinique prolongé. Ce n'est pas l'heure d'interroger longuement le malade, sa souffrance doit être respectée et toute manipulation non absolument indispensable serait intempestive. La mise en scène de la crise est d'ailleurs assez complète, en général, pour que le diagnostic ne puisse errer très longtemps. « Chez le malade en pleine crise, soyons prudents et ne l'explorons que d'une main légère ; assurons-nous seulement qu'il souffre dans les régions épigastrique et vésiculaire, explorons la sensibilité de son appendice et de ses reins et attendons. C'est

plus tard, quand l'orage sera déjà en parti calmé, que nous pourrons faire un examen plus complet (1). » Ajoutons cependant que, par son siège loin de la douleur intense, par la facilité que l'on a de l'explorer sans déplacer le malade, le point phrénique peut être sans inconvénient recherché en pleine crise, et dans certains cas, sa constatation peut apporter un précieux appoint au diagnostic.

2° Nous sommes en présence d'un malade, que par les troubles qu'il accuse, par le caractère des douleurs qu'il a éprouvées, nous supposons être un lithiasique biliaire. Nous allons rechercher les stigmates de cette affection, et en particulier les réactions douloureuses. Pour cela, faisons-le étendre sur la table d'examen, couché sur le dos, les membres inférieurs en flexion, afin de relâcher les muscles de l'abdomen. Le patient dans cette attitude, nous recherchons par des pressions successives la sensibilité des points abdominaux : point cystique, point épigastrique, zone pancréatico-cholédocienne, point costal. De la pulpe d'un ou de deux doigts, lentement, progressivement, de façon à éviter la contracture musculaire, nous déprimons la paroi. Si, malgré ces précautions, une contracture non douloureuse vient à se produire, attendons, sans enlever les doigts, et en maintenant la pression acquise. Au bout de quelques instants, le muscle fatigué cédera et nous déprimerons plus profondément. Si le malade n'accuse rien, rappelons-nous qu'au niveau de l'abdomen surtout, les points de repère pariétaux ne peuvent avoir une précision absolue. On peut dans une certaine mesure y remédier. Si notre malade est nettement obèse, les limites de la zone pancréatico-cholédocienne sont peut-être un peu basses. Ne constatant

(1) Chauffard, Leçons sur la lithiase biliaire (*Loc. cit.*).

rien là, reprenons notre recherche un peu plus haut avant de conclure à l'absence de la douleur. Pour le point cystique, nous sommes sûrs de presser au bon endroit si nous avons pu y déceler la présence de la vésicule, et la palpation de la vésicule est une chose que nous ne négligerons pas dans l'examen d'un lithiasique. Il est d'ailleurs possible, quelquefois, de la voir se dessiner sous forme d'une légère saillie en examinant la paroi à jour frisant. La douleur au point cystique peut n'être pas décelable tant que le malade reste couché et apparaître lorsqu'il est debout. C'est un fait sur lequel a insisté le Docteur Plantier (1) : « Depuis un certain temps déjà, je me suis imposé systématiquement cette règle et j'ai été surpris des enseignements qu'elle m'a donnés et du nombre considérable de cas où elle a fixé mon attention sur un état anormal du foie qui eût passé complètement inaperçu... Pourquoi le point cystique est-il perceptible dans la station debout et ne l'est-il pas dans le décubitus dorsal? Sans doute pour des raisons de position des organes différente selon ces attitudes et parce que la vésicule biliaire, cachée derrière le gril costal lorsque le malade est étendu horizontalement descend lorsque celui-ci est debout et qu'elle vient alors émerger au-dessous des fausses-côtes ».

Au point épigastrique, une pression légère pourra mettre en évidence une bande horizontale d'hyperesthésie, fréquente et assez caractéristique de la lithiase d'après Mauban (2). Une douleur à la pression profonde seulement, traduit la souf-

(1) L. Plantier, Nécessité de l'exploration du foie dans la station debout (*Paris Médical*, 1913, n° 25, p. 608).

(2) H. Mauban, Les localisations douloureuses de la lithiase biliaire (*Loc. cit.*).

france du foie ou du plexus solaire. La douleur semble en général mieux localisée lorsqu'elle provient de ce dernier organe. La délimitation du bord inférieur du foie peut aussi aider à les différencier.

Voici pour les localisations à siège abdominal, mais avant d'aller plus loin, à la recherche des autres, il convient de pratiquer une exploration méthodique et générale de l'abdomen : la recherche de ces localisations douloureuses devra « toujours être complétée par un examen méthodique de tout l'abdomen ; exploration de l'appendice, des régions rénales, du côlon, des annexes utérins chez la femme ; un ventre doit toujours être exploré dans son ensemble, c'est le seul moyen d'éviter bien des erreurs de diagnostic, et de reconnaître des associations lésionnelles que la clinique montre fréquentes »(1). Nous avons vu en effet que les localisations que nous avons étudiées dans la cholélithiase ne sont pas pathognomoniques de cette affection, que les points cystique et épigastrique notamment sont situés en des régions où se localise volontiers la douleur dans un grand nombre d'affections abdominales. Indépendamment des symptômes connexes, la palpation méthodique des autres viscères abdominaux mettra en évidence la souffrance possible de ces organes, nous permettant ainsi de faire la part des choses, de ne pas attribuer à une lésion des voies biliaires une douleur d'entérocolite, de lithiase rénale ou de salpingite.

Pour la recherche du point phrénique, le sujet aura la tête droite ou légèrement déjetée du côté opposé. D'un doigt, enfoncé assez profondément, nous comprimons le nerf au

(1) Chauffard, Leçons sur la lithiase biliaire (*Loc. cit.*).

moment où il croise le muscle scalène antérieur, c'est-à-dire un peu au-dessus de la clavicule droite, entre les deux chefs du sterno-cléido-mastoïdien. Le même examen du côté opposé constituera la contre-épreuve.

Enfin, en arrière, notre examen pourra nous révéler, au niveau de la pointe de l'omoplate, le point scapulaire, et les points vertébraux par la pression sur les apophyses épineuses des 8e, 9e, 10e et 11e vertèbres dorsales.

Il ne faut pas s'attendre, surtout si le sujet n'est pas examiné peu de temps après une crise, à trouver fréquemment toutes ces localisations réunies. Elles doivent être constatées avec d'autant plus de soin qu'elles sont moins nombreuses, et il convient dans les cas douteux d'éliminer cette cause d'erreur que peuvent être les cellulites. Ces lésions ne s'accompagnent que rarement, en effet, de modifications cutanées visibles et de relief, et une simple pression digitale ne peut les mettre en évidence : sous cette pression, le nodule intra-dermique donne une réaction douloureuse n'ayant aucun caractère différentiel, et qui paraît d'autant plus profonde, partant d'autant moins en rapport avec la peau que le plan de résistance sous-jacent est lui-même plus profond. Aussi, au niveau du point en litige, pinçons la peau entre les doigts, ainsi que l'indique Wetterwald (1), et soulevons-là. S'il existe à ce niveau un nodule de cellulite, la souffrance qui tout à l'heure pouvait sembler profonde traduit maintenant son origine cutanée, et la malaxation du segment de peau ainsi isolé et douloureux nous fera sentir le nodule, cause de la douleur. Enfin, et toujours sur les indications de Wetterwald, il est facile d'instituer

(1) Wetterwald, Les cellulites (*Journal médical français*, 15 septembre 1913).

la contre-épreuve : la peau saisie entre le pouce et l'index, de façon à isoler le point sensible, de l'autre main, appuyer vigoureusement la peau sur le plan profond : s'il n'y a pour tout, au point examiné, qu'une douleur de cellulite, on ne constate plus de douleur profonde.

Il est évident qu'il y a là une série de manœuvres à ne pas négliger dans les cas douteux, et, si chez la majorité des malades, les symptômes concomitants, la multiplicité des points constatés ne laissent pas place au doute, il n'en est pas toujours ainsi, et Grias (1) relève même dans sa thèse une observation de Josephson, d'après laquelle des lésions de cellulite auraient, au dire de ce dernier, simulé une colique hépatique.

Enfin, la douleur est un symptôme d'ordre subjectif, donc très variable d'un sujet à un autre. Il faut s'en souvenir dans la recherche des points douloureux. Il en est de la douleur, chez certaines personnes, comme quelquefois des ecchymoses, il faut très peu pour la produire, une pression un peu brusque ou profonde peut être chez elles douloureuse, sans qu'il y ait de lésion. De plus, certains sujets semblent ne pas se rendre très exactement compte de ce qu'il faut appeler douleur, et ils diront souffrir quand ils éprouveront seulement une gêne, une sensation simplement désagréable provoquée par le doigt qui comprime. Il convient enfin de ne pas influencer le malade ; autant qu'il est possible, il est bon qu'il ignore le but que recherche le médecin dans sa manœuvre et qu'il accuse le point douloureux sans qu'on le questionne, spontanément. Un point douloureux ainsi révélé peut présenter beaucoup plus de valeur.

(1) Grias, Les points douloureux cutanés et leur traitement manuel (*Thèse de Paris*, 1913, p. 121).

VALEUR DIAGNOSTIQUE DES POINTS DOULOUREUX

Elle dépend de la netteté de leur constatation, de leur persistance, que nous révèleront des examens réitérés, du nombre des localisations constatées. Les trouver toutes réunies chez un même sujet, surtout assez loin d'une crise, c'est très rare et il n'y faut pas compter. L'absence de plusieurs points douloureux ne saurait infirmer le diagnostic, mais on peut dire que leur valeur croît proportionnellement à leur nombre. Par leur ensemble ils constituent un faisceau d'autant plus solide que sont plus nombreux les éléments qui le composent. Il faut aussi tenir compte de la façon dont ils sont associés et trouver douloureux les points cystique et phrénique, par exemple, peut avoir dans certains cas beaucoup plus de valeur que la constatation des deux points cystique et épigastrique, plus voisins et tous les deux abdominaux. Mais surtout, un symptôme ne doit jamais être considéré isolément, et, dans chaque cas particulier, les conclusions qu'on peut tirer de la découverte d'un ou plusieurs points douloureux dépendent pour une grosse part de leur juxtaposition, de leur comparaison avec les autres symptômes. Il est bien rare en effet de pouvoir, sur un seul symptôme, affirmer un diagnostic d'affection abdo-

minale, et nous pouvons appliquer à la lithiase biliaire ces mots de Lejars sur l'appendicite : « Ce n'est pas une maladie qui se diagnostique du bout du doigt ». Mais parmi les éléments de diagnostic dont on disposera, ceux que nous apporteront la recherche des points douloureux seront souvent, dans l'affection si fréquemment fruste ou anormale qu'est la lithiase biliaire, les plus nets. Il suffit, pour nous en convaincre, de rappeler quelle peut être l'insidiosité et quelles modalités différentes et trompeuses peut affecter la lithiase biliaire :

Pendant plusieurs mois ou même plusieurs années, les malades peuvent n'accuser que des troubles vagues : douleurs vagues du flanc droit ou de l'épigastre, signes légers d'insuffisance hépatique, provoquée par une sorte d'inhibition momentanée du foie, indigestions répétées, gonflement épigastrique après les repas.

La lithiase revêt fréquemment, à son début surtout, le masque d'une dyspepsie ou d'une affection intestinale. Les dyspepsies prémonitoires d'origine biliaire sont des faits aujourd'hui bien connus. La douleur siège souvent et obstinément au creux de l'estomac et la région du foie proprement dite peut être complètement indolore. « Au début de l'affection calculeuse, la chose est assez commune et c'est même la raison pour laquelle on méconnaît si longtemps les coliques hépatiques, les prenant pour de la gastralgie pure (1). »

Dans d'autres cas, l'intestin seul semble en cause : constipation intense et rebelle à tout traitement, comme M. Chauffard en rapporte un cas dans ses *Leçons sur la lithiase biliaire*;

(1) J. Cyr, Causes d'erreur dans le diagnostic de l'affection calculeuse du foie (*Archives générales de médecine*, 1890, p. 165).

débâcles intestinales douloureuses, survenant pendant les repas, que M. Linossier (1) a fait connaître sous le nom de diarrhée prandiale des biliaires.

La crise hépatique elle-même, d'un diagnostic généralement facile, peut néanmoins, par suite des circonstances qui accompagnent son apparition ou par l'allure qu'elle revêt, présenter de sérieuses difficultés :

« Quand elle éclate au cours d'une grossesse, elle peut, faute d'une bonne sémiologie, induire en erreur et faire croire à une fausse couche. Quand elle éclate après l'accouchement, elle peut, faute d'attention, faire croire à un début de péritonite »... « Elle peut être accompagnée de troubles vasculaires qui se traduisent par la congestion pulmonaire du côté droit, par l'œdème des extrémités inférieures, par la dilatation du cœur droit avec insuffisance tricuspide » (Dieulafoy) (2).

« Quiconque a assisté à une crise hépatique très caractérisée, même d'intensité moyenne, aura quelque peine à la reconnaître chez une personne qui lui dira ressentir de temps à autres dans le côté droit une petite douleur assez vive, mais très fugitive, comme un tour de vrille et c'est tout, et qui ne laisse après elle aucune sensation pénible. Dans la plupart des cas, le médecin portera le diagnostic de névralgie et instituera un traitement en conséquence... La crise peut débuter d'emblée avec une violence rare, et alors, suivant les cas,

(1) G. Linossier, La diarrhée prandiale des biliaires (*Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, 1907, p. 125).

(2) Dieulafoy, *Manuel de pathologie interne* (15e édition, 1908, t. II, p. 892 et 905).

offrir plutôt l'apparence, soit d'un empoisonnement, soit d'une attaque éclamptique ou hystérique, soit même d'une attaque de choléra... Un mode d'invasion qui n'est pas rare est celui qui fait ressembler la crise de colique hépatique à une forte indigestion » (Cyr) (1).

Dans ces cas, où il est nécessaire de faire appel à toutes les ressources de la clinique, la précision que nous faisons apporter au malade, par nos questions, sur la localisation des douleurs qu'il éprouve, la recherche de la douleur provoquée aux points que nous avons étudiés, constituent souvent les indices qui nous permettent de limiter nos recherches, de fixer notre attention sur un état hépatique, et par là, rattachant à leur véritable cause les troubles qu'accuse le malade, d'arriver au diagnostic. Et ainsi nous apparaît la valeur considérable des localisations douloureuses dans le diagnostic de la cholélithiase et cela surtout dans les formes latentes, frustes ou anormales.

Mais pour ce qui est du diagnostic topographique précis, d'ailleurs très difficile, des calculs biliaires, il est rare de pouvoir tirer de l'étude des points douloureux des indications utiles : une vésicule déshabitée peut encore être douloureuse à la pression ; une douleur dans la zone pancréatico-cholédocienne, même fixe et permanente et ne semblant pas irradiée, peut aussi bien relever d'une pancréatite que d'un calcul enclavé du cholédoque.

(1) J. Cyr, Causes d'erreur dans le diagnostic de l'affection calculeuse du foie (*Loc. cit.*).

CONCLUSIONS

Nous avons décrit les huit localisations au niveau desquelles se manifestent le plus communément les douleurs de la lithiase biliaire. Ce sont les points cystique, épigastrique, de Desjardins et zone pancréatico-cholédocienne de Chauffard et Rivet, costal, phrénique, scapulaire ou scapulo-apexien, vertébraux, et la zone douloureuse du moignon de l'épaule droite. Nous indiquons leurs points de repère, le caractère des douleurs dont ils peuvent être le siège, leurs moments d'apparition, la méthode de recherche de la douleur provoquée.

*
* *

Bien que délimités avec toute la précision désirable, par suite des causes nombreuses susceptibles de faire varier la projection des viscères sur la paroi, les points de repère précédemment indiqués ne peuvent avoir dans tous les cas une exactitude absolue, et cela surtout pour les points abdominaux.

La lithiase biliaire n'est pas la seule maladie qui puisse

s'accompagner de douleurs au niveau de ces localisations. Une douleur en ces points peut relever de causes nombreuses, particulièrement pour les points cystique et épigastrique.

*
* *

Il est une altération fréquente du tissu cellulaire sous-cutané susceptible de simuler les points douloureux d'origine viscérale, c'est l'hyperplasie inflammatoire locale du tissu conjonctif connue sous le nom de cellulite.

Les troubles de la sensibilité cutanée qui se rencontrent fréquemment chez les névropathes, les alcooliques et au niveau de l'abdomen chez certains ptosiques, peuvent être également une cause de gêne et d'erreurs.

*
* *

Un examen méthodique est nécessaire pour arriver à une bonne interprétation des points douloureux. Leur recherche doit s'accompagner de la palpation de tout l'abdomen, ayant pour but de déceler les hyperesthésies généralisées et les associations douloureuses que pourraient provoquer d'autres affections. Si l'on soupçonne l'existence de nodules de cellulite, le pincement et la malaxation de la peau les feront découvrir.

La valeur des points douloureux dépend de la netteté de leur constatation, de leur persistance, de leur nombre, de la façon dont ils sont associés. Ils peuvent être d'une valeur

diagnostique considérable, et cela surtout dans les lithiases à leur début, ainsi que dans les formes frustes ou anormales, qui sont fréquentes.

Vu : le Doyen
LANDOUZY.

Vu, le Président de la thèse,
GILBERT.

Vu et permis d'imprimer,
le Vice-recteur de l'Université,
LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

CHARCOT. — *Leçons sur les maladies du foie et des reins*, 1877, chapitre, *coliques hépatiques*, p. 151.

CHARCOT, BOUCHARD, BRISSAUD. — *Traité de médecine*, 2e édit., t. V, art. *Lithiase biliaire*, p. 79.

CHAUFFARD. — Clinique médicale de Saint-Antoine, *Leçons sur la lithiase biliaire*, 1914.

— Le cancer du corps de pancréas, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 20 oct. 1908, p. 247 et 258.

CHAUFFARD et RIVET. — La lithiase du cholédoque, *Semaine médicale*, 10 janvier 1906.

CRUVEILHIER. — *Archives générales de médecine*, 1856, p. 442.

CYR. — Causes d'erreur dans le diagnostique de l'affection calculeuse du foie, *Archives générales de médecine*, 1890, p. 165.

DEBOVE ET ACHARD. — *Manuel de médecine*, maladies du foie, art. *lithiase biliaire*, 1895, p. 399.

DE BRUN. — Le point épigastrique dans l'emphysème et dans les cardiopathies, *Revue de médecine*, 10 déc. 1905, p. 1001.

DE MASSARY. — Angor pectoris et distension cardiaque, *Paris médical*, 6 juillet 1912, p. 138.

DESCOMPS (Pierre) et Paul DESCOMPS et Pierre BROUSSE.— Les points douloureux abdominaux, *Paris médical*. 1913, nos 26 et 28.

DESJARDINS. — Etude sur les pancréatites, *Thèse de Paris*, 1905.

DUPLAY, ROCHARD et DEMOULIN. — *Manuel de diagnostic chirurgical*, 1911.

Garnier, Lereboullet, Herscher... — *Les maladies du foie et leur traitement*, in-8, 1910.

Glénard. — *Exploration méthodique de l'abdomen dans les maladies de la nutrition*, Paris, Masson, 1894.

— *Ptoses viscérales*, Paris, 1899.

Grias. — Les points douloureux cutanés et leur traitement manuel. *Thèse de Paris*, 1913.

Head. — *On the disturbance of sensation with espacial reference to the pain of viscéral deseases*, Brain, 1893.

Jawger. — Chronic rheumatic myositis, *The Lancet*, 31 juillet 1909, p. 292.

Linossier. — La diarrhée prandiale des biliaires, *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, 1907.

Lœper et Esmonet, — Les algies sympathiques et l'hyperesthésie de l'abdomen, *Presse médicale*, 23 avril 1910, p. 301.

Mackensie. — *Symptomes and their interpretation*, Londres, 1909.

Martineau. — De la maladie d'Addison, *Thèse de Paris*, 1864.

Mauban. — Les localisations douloureuses de la lithiase biliaire, *Gazette des hôpitaux*, 1er avril 1913.

Millon. — Résultats de l'examen de la sensibilité gastrique et épigastrique dans les dyspepsies, *Thèse de Paris*, 1902, p. 31.

Pascault. — L'arthritisme par suralimentation, *Revue des maladies de la nutrition*, mai 1906, p. 215.

Pasteau. — Les points douloureux rénaux, *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1908, n° 14, p. 1054.

Plantier. — Nécessité de l'exploration du foie dans la station debout, *Paris médical*, 1913, n° 25, p. 608.

Raymond. — Sensibilité hépatique, point épigastrique, point xiphoïdien, *Presse médicale*, 1906, n° 76.

Roux (J.-Ch.). — Recherches sur les viciations de la sensibilité gastrique, *Revue de médecine*, 11 novembre 1899, p. 879, 882.

Salignat et Foucaud, — La dyspepsie des lithiasiques biliaires, *Gazette des hôpitaux*, 1908, nos 58 et 59.

Sellier et Dubourdieu. — Recherches sur la sensibilité des dyspeptiques, *Province medicale*, 29 septembre 1906, p. 457.

Soupault. — *Traité des maladies de l'estomac*, Baillière, 1906.

Stapfer. — Cellulite et myocellulite localisée douloureuses, *Annales de gynécologie et obstétrique*, 1892, p. 14.

STOCKMANN. — The causes pathology and treatment of chronic rheumatisme, Edimburg, *Médical journal*, new-series, vol. XV, 1904.

TELLING. — Nodular fibromyositis, afevery day affection andits identity with, socolled chronic muscular rheumatism, *The Lancet*, 21 janvier 1911.

VIDAL. — Points douleureux de la région vertébrale en rapports de correspondance avec certains viscères de l'abdomen, *Comptes rendus de la Société de biologie de Paris*, séance du 28 juin 1879, p. 222.

WEIL (M^lle^). — Des points douloureux abdominaux et des erreurs de diagnostic qu'ils entraînent, *Thèse de Paris*, 1911, p. 28 et 29.

WETTERWALD. — Les cellulites, *Journal médical français*, 15 septembre 1913.

SAINT-AMAND (CHER). — IMPRIMERIE BUSSIÈRE.